

# 放射能検査依頼書

ご依頼年月日	平成      年      月      日		
ご依頼者	ご依頼者	名称	
		住所〒	
	ご担当者	様	
		TEL      -      -      FAX      -      -	
	成績書宛名 (ご依頼者と同じ場合は不要です)	名称	
		住所	
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社		
ご請求先 (ご依頼者と同じ場合は不要です)	名称		
	住所〒	じ	
試料	検体名		
	識別番号		
	重量		
	採取年月日	平成      年      月      日      時      分	
	採取場所		
	天候		
	採取者名		所属
検査項目	<input type="checkbox"/> 放射能検査 (ヨ素 I-131、放射性セシウム Cs-134,Cs-137) <div style="text-align: right;">Nal シンチレーションスペクトリ検出器      ¥5,400      (¥5,000)</div>		
	<input type="checkbox"/> 放射能検査 (ヨ素 I-131、放射性セシウム Cs-134,Cs-137) <div style="text-align: right;">ゲルマニウム検出器      ¥12,960      (¥12,000)</div>		
	備考		
<p>備考</p> <p>試料は検査方式により必要となる量が異なります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ Nal シンチレーションスペクトリ検出器      : 1.0kg 程度</li> <li>・ ゲルマニウム検出器      : 2.0kg 程度</li> </ul> <p>ご不明点につきましてはお問い合わせください。</p>			

一般財団法人

中部公衆医学研究所

〒395-0051 長野県飯田市高羽町 6-2-2

TEL0265-24-1509 FAX0265-24-2330